



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

# IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 03, pp. 45309-452313, March, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.21263.03.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## O IMPACTO DAS ESCOLHAS ALIMENTARES NA SAÚDE DE TRABALHADORES DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR NO RIO DE JANEIRO – RJ

Deise K.O. Cardoso<sup>a</sup>, Omara M.A. Oliveira<sup>a</sup>, Rafael B.R. Santos<sup>a</sup> and Juliana S. Vilar<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro Universitário IBMR, Rio de Janeiro, RJ, Brasil,

<sup>b</sup>Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil,

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 10<sup>th</sup> December, 2020

Received in revised form

04<sup>th</sup> January, 2021

Accepted 14<sup>th</sup> February, 2021

Published online 17<sup>th</sup> March, 2021

#### Key Words:

Alimentação saudável, Obesidade, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Trabalhador.

\*Corresponding author: Laurynês de Castro

### ABSTRACT

O objetivo deste estudo foi avaliar o consumo de frutas, legumes e verduras (FLV) e o perfil antropométrico de funcionários de uma instituição de ensino superior privada do Rio de Janeiro, promovendo a reflexão e discussão acerca de práticas alimentares saudáveis na prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis. Participaram do estudo 93 indivíduos, com idade entre 20 e 68 anos, sendo analisados o consumo de FLV e alimentos ultraprocessados, por meio de um questionário e, para o perfil antropométrico, foram aferidos peso, altura e circunferência de cintura. Foi possível verificar uma associação entre o consumo de FLV e idade, não havendo associação para o perfil antropométrico, embora a maior parte dos participantes se encontrassem com sobrepeso e obesidade, hábitos alimentares considerados inadequados, representados pelo consumo de frituras e doces em excesso, além da falta da prática de atividade física com regularidade. Portanto, conclui-se que a promoção da alimentação saudável é uma prioridade e é fundamental que se implemente intervenções educativas sobre alimentação e nutrição, de forma a incentivar hábitos de vida mais saudáveis, que favoreçam a criação de um ambiente promotor de saúde.

Copyright © 2021, Deise K.O. Cardoso et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Deise K.O. Cardoso, Omara M.A.Oliveira, Rafael B.R. Santos, Juliana S. Vilar. 2021. "O impacto das escolhas alimentares na saúde de trabalhadores de uma instituição de ensino superior no rio de janeiro – rj", *International Journal of Development Research*, 11, (03), 45309-452313.

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas aconteceram importantes modificações no modo de vida da população brasileira, muito influenciadas por questões políticas e econômicas que permitiram a redução da desigualdade social, aumentando o acesso ao consumo (Brasil, 2014a). Essas condições associadas ao consumo alimentar inadequado e a prática de atividade física insuficiente favoreceram consideráveis mudanças nos aspectos epidemiológicos e nutricionais. O perfil epidemiológico das doenças era agudo e passou a ser crônico e não transmissível (DCNT), aumentando de forma considerável e coexistindo com as deficiências nutricionais (Ezzati et al, 2002; Malta et al, 2017). Segundo o Ministério da Saúde a prevalência da obesidade evoluiu de forma desfavorável e significativa, passando de 11,8%, em 2006, para 20,3%, em 2019, evidenciando um aumento substancial da doença (Brasil, 2019). Esta é considerada uma das mais importantes desordens nutricionais que acomete tanto os países de alta renda quanto os de média e baixa renda, sendo considerada uma epidemia mundial (WHO, 2014; Dias et al., 2017).

A obesidade é um fator de risco para outras doenças, com condição crônica multifatorial e está fortemente relacionada com o desenvolvimento das DCNT (Brasil, 2014a), responsáveis por 60% das mortes no mundo (WHO, 2014). A relação entre hábitos alimentares e o estado de saúde de um indivíduo, pode ser mensurada pelo seu padrão alimentar. A ingestão de frutas, legumes e verduras (FLV) como parte da alimentação diária poderia ajudar a reduzir o risco de desenvolvimento das DCNT (WHO, 2003), pois garantem a ingestão adequada de micronutrientes, fibras e outros componentes bioativos considerados essenciais ao corpo humano, além de favorecer a manutenção do peso corporal (WHO, 2003; Lock et al., 2005; Moreira et al., 2015). A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam o consumo de FLV como comportamento promotor de saúde e fator de proteção para diversas doenças (WHO, 2003; Brasil, 2014b). Entretanto, com o avanço da industrialização, da tecnologia, a economia do país e a mídia influenciam um novo comportamento alimentar e o estilo de vida das pessoas, levando-os a diminuir a prática de atividade física e a consumir com excesso os alimentos industrializados, e isso repercute na saúde da população com considerável redução da qualidade de vida e aumento das morbidades (Trecco, 2016). Esta percepção se

aplica ao ambiente de trabalho, pois permite alcançar grande parte da população ativa (Wier et al., 2006). O trabalho tem consequência sobre a vida dos indivíduos e em diferentes aspectos podem incidir sobre a saúde dos trabalhadores e refletir em sua produtividade. E a alimentação é reconhecida como uma dimensão da vida humana que está inserida nesse contexto social (Araújo et al., 2010). Neste contexto, a educação nutricional atua como ferramenta de transformação e tem o papel de auxiliar a adoção de novos hábitos de vida mais saudáveis, com foco na alteração do comportamento alimentar (Trecco, 2016). A promoção de saúde nos locais de trabalho permite atingir grupos que talvez de outra forma seria de mais difícil acesso. Essas ações encorajam a adoção de hábitos saudáveis no local de trabalho, transpondo-se para a vida familiar. As condições de trabalho, horário, salário, estresse, alimentos disponíveis, infraestrutura, são condicionantes que podem influenciar o indivíduo nas suas escolhas, comportamento e estilo de vida (Wier et al., 2006). Sendo assim, as ações de abordagem ao combate à obesidade impulsionam a pensar não apenas em assuntos que abordem a alimentação adequada e práticas de exercícios físicos, mas também a construção de ações para promoção da informação, segurança alimentar e nutricional, inclusão social, considerando que as escolhas individuais são influenciadas pelo contexto social, econômico, político e cultural (Brasil, 2013). O objetivo deste trabalho foi avaliar o consumo de frutas, legumes e verduras e o perfil antropométrico de funcionários de uma universidade privada do Rio de Janeiro, e promover uma reflexão e discussão acerca das práticas alimentares saudáveis na prevenção e controle de DCNT dos trabalhadores.

## MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de um estudo transversal com base na população de funcionários de uma instituição de ensino superior privada no Rio de Janeiro, região sudeste do Brasil. A instituição possui 313 colaboradores, e foi alcançado 30% desse universo, totalizando 94 participantes, sendo uma gestante, que teve os seus dados desconsiderados, utilizando-se um total de 93 participantes. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário IBMR sob o nº 90291418.7.0000.8157. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para dar início a coleta de dados por uma equipe treinada, composta por acadêmicos do curso de Nutrição da instituição, supervisionados por professores. A participação dos pesquisados foi voluntária, sendo convidados a participar do projeto de pesquisa através do e-mail institucional e abordagem presencial. Utilizou-se um questionário sobre determinantes do consumo de frutas, legumes e verduras (FLV), adaptado do “Guia Alimentar, como ter uma Alimentação Saudável” (Brasil, 2014b). Os seguintes aspectos foram abordados: faixa salarial, gasto com alimentação familiar, consumo ou não consumo de FLV, motivo do não consumo, consumo de carnes, leite e derivados, consumo de leguminosas e cereais, consumo de ultraprocessados, hábitos alimentares entre as principais refeições e frequência de atividade física. A avaliação antropométrica consistiu na aferição do peso, com auxílio de uma balança eletrônica portátil da marca EKS com capacidade para 200kg e precisão de 100 gramas. Para medida de estatura, foi utilizado um estadiômetro fixo da marca Sanny com escala de centímetro, e para a aferição da circunferência de cintura (CC) utilizou-se uma trena antropométrica da marca Cescorf, sendo o local anatômico de escolha para aferição o ponto CC1 (ponto abaixo do último arco costal), houve a preocupação da padronização no treinamento no ponto imediatamente abaixo da última costela, que é em geral, na margem anterior da região lateral, em ambos os lados do tronco (Lohman, 1988). O estado nutricional foi classificado com base em diferentes critérios antropométricos: o IMC (relação peso/estatura<sup>2</sup>), que corresponde ao índice de massa corporal e tem associação positiva à estimativa de mortalidade (Martins, 2008) e CC, correlacionado à risco metabólico (Wang et al., 2003). A categorização do IMC foi realizada de acordo com os pontos de corte da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 1995), sendo magreza (inferior a 18,4kg/m<sup>2</sup>), eutrofia (18,5kg/m<sup>2</sup> a 24,9kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso (25 a 29,9kg/m<sup>2</sup>) e obesidade (acima de 30kg/m<sup>2</sup>).

A classificação da CC foi (risco elevado  $\geq 94$  para homens e  $\geq 80$  para mulheres) e (risco muito elevado  $\geq 102$  para homens e  $\geq 88$  para mulheres) (NIH, 2000). Para o tratamento estatístico dos dados foram utilizados os *softwares* Excel® (Versão 2013) e SPSS® (Versão 6.01), sendo realizadas análise estatística descritiva (média, desvio-padrão, e porcentagens). A avaliação da relação entre o consumo de frutas, verduras e legumes e outras variáveis nominais foi realizada através do teste Qui-quadrado, admitindo-se um nível de significância igual ou menor que  $p$  0,05. Para a comparação da amostra entre os gêneros em função dos dados antropométricos e idade utilizamos o teste de Mann-Whitney para os dados não paramétricos e o T-test para os dados paramétricos.

## RESULTADOS

Na Tabela 1 estão expostos os parâmetros de caracterização da população estudada, sendo o maior percentual dos participantes do sexo feminino (56%), idade média de 37 anos, e maior percentual para a renda entre 2 a 4 salários mínimos (46%), sendo o salário mínimo igual a R\$954,00, no período de estudo.

**Tabela 1. População de estudo segundo o gênero, idade e renda familiar**

Variáveis		n	%
Gênero	Masculino	41	44,0
	Feminino	52	56,0
Idade	20 a 29 anos	27	29,0
	30 a 39 anos	37	39,8
	40 a 49 anos	12	12,8
	50 a 59 anos	12	13,0
	60 anos ou mais	5	5,4
Renda familiar	Até 1 salário mínimo	24	26,0
	De 2 a 4 salários mínimos	43	46,0
	Acima de 5 salários mínimos	26	28,0

Conforme apresentado na tabela 2, não houve diferença significativa entre a idade e IMC em relação ao gênero. Como esperado, houve uma diferença significativa nas variáveis de estatura, massa e perímetro de cintura entre os gêneros.

**Tabela 2. Média e desvio-padrão da população estudada**

Variáveis	Masculino	Feminino	p-valor
	Média±DP	Média±DP	
Idade (anos)	39,70±12,83	34,86±10,09	0,09
IMC	28,47±4,5	28,80±7,51	0,42
Estatura (m)	1,76±0,47	1,63±0,05	0,00
Massa (Kg)	88,2±15,01	77,24±20,48	0,00
Perímetro de cintura (cm)	94,08±1,74	83,97±2,03	0,00

DP = desvio-padrão

A diferença estatística na circunferência de cintura pode ser justificada pelas características de distribuição de massa gorda entre homens e mulheres (Mahan et al., 2012). O padrão de distribuição androide é caracterizado pelo maior depósito de massa gorda na região central, sendo mais comum em homens. E o padrão ginoide de distribuição de gordura é mais comum em mulheres durante a idade reprodutiva, e consiste em uma maior concentração de gordura na região periférica (Mahan et al., 2012). A seleção de indicadores de avaliação contemplados neste trabalho considerou a importância para a carga total de doenças estimada pelo Ministério da Saúde nas regiões do Brasil (Brasil, 2011). Dentre os fatores de risco foram incluídos o excesso de peso, determinado pelo IMC; a circunferência de cintura e o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados. Dentre os fatores de proteção foram incluídos o hábito de praticar atividade física regularmente e consumo de FLV. A obesidade acomete ambos os sexos, diversas faixas etárias e todos os níveis sociais, sendo uma situação de preocupação mundial (WHO, 1995). No presente estudo, os indivíduos do sexo masculino estão na sua maioria na faixa de IMC de sobrepeso (43,9%) e obesidade (34,1%) e todos que apresentam valores inadequados de CC, representando risco metabólico elevado (66,7% e 33,3%) ou muito elevado (18,2% e 81,8%) estão classificados com sobrepeso e obesidade, respectivamente.

**Tabela 3. Classificação do IMC e CC dos participantes, segundo o gênero**

Classificação IMC	Gênero masculino				Gênero feminino			
	Total (n)%	Sem risco metabólico (n)%	Risco metabólico		Total (n)%	Sem risco metabólico (n)%	Risco metabólico	
			Elevado* (n)%	Muito elevado** (n)%			Elevado* (n)%	Muito elevado** (n)%
Eutrofia	(9) 21,9	(9) 37,5	(0) 0	(0) 0	(18) 34,6	(12) 57,1	(6) 40	(0) 0
Sobrepeso	(18) 43,9	(12) 50	(4) 66,7	(2) 18,2	(17) 32,7	(9) 42,9	(6) 40	(2) 12,5
Obesidade	(14) 34,1	(3) 12,5	(2) 33,3	(9) 81,8	(17) 32,7	(0) 0	(3) 20	(14) 87,5
Total	(41) 100	(24) 100	(6) 100	(11) 100	(52) 100	(21) 100	(15) 100	(16) 100

\*Risco metabólico elevado (CC  $\geq$ 94cm para homens e  $\geq$ 80cm para mulheres).

\*\*Risco metabólico muito elevado (CC  $\geq$ 102cm para homens e  $\geq$ 88cm para mulheres).

**Tabela 4. Percentual de participantes que consomem doces e frituras, e não realizam atividade física**

Classificação IMC	Consumem frituras 4 vezes ou mais por semana (%)	Consumem doces 4 vezes ou mais por semana (%)	Não realizam atividade física pelo menos 2 vezes na semana (%)
Eutrofia	(5)23,8	(9)32,1	(18)29,0
Sobrepeso	(8)38,1	(9)32,1	(20)32,3
Obesidade	(8)38,1	(10)35,7	(24)38,7

**Tabela 5. Caracterização da população estudada que consome e não consome frutas, legumes e verduras (FLV), de acordo com dados antropométricos, demográficos e de estilo de vida**

Variáveis	Consumem FLV n(%)	Não consomem FLV n(%)	p-valor*
Gênero			
Masculino	17(60,7)	11(39,3)	0,89
Feminino	27(81,8)	6(18,2)	
Total	44(72,1)	17(27,9)	
Idade			
20 a 29 anos	14(73,7)	5(26,3)	0,03*
30 a 39 anos	11(50)	11(50)	
40 a 49 anos	6(85,7)	1(14,3)	
50 a 59 anos	9(100)	0(0)	
60 anos ou mais	4(100)	0(0)	
Total	44(72,1)	17(27,9)	
IMC			
Eutrofia	14(77,8)	4(22,2)	0,33
Sobrepeso	18(78,3)	5(21,7)	
Obesidade	12(60)	8(40)	
Total	44(72,1)	17(27,9)	
CC			
Sem risco metabólico	24(80)	6(20)	0,07
Risco metabólico elevado**	11(78,6)	3(21,4)	
Risco metabólico muito elevado***	9(52,9)	8(47,1)	
Total	44(72,1)	17(27,9)	
Atividade física			
Realiza	18(85,7)	3(14,3)	0,09
Não realiza	26(65)	14(35)	
Total	44(72,1)	17(27,9)	

\*p significativo,  $p \leq 0,05$ . \*\*Risco metabólico elevado (CC  $\geq$ 94cm para homens e  $\geq$ 80cm para mulheres).

\*\*\*Risco metabólico muito elevado (CC  $\geq$ 102cm para homens e  $\geq$ 88cm para mulheres).

**Tabela 6. Percentual dos motivos pelos quais os pesquisados relataram não ingerirem frutas, legumes e verduras**

Motivos pelos quais não ingerem frutas	n	%
Não gostam muito de frutas	9	19,1
Frutas são difíceis de comprar	3	6,4
Frutas são difíceis de comer fora de casa	9	19,1
Frutas são caras	5	10,6
Frutas são difíceis de preparar	0	0
Não tenho o costume	21	44,7
Motivos pelos quais não ingerem legumes e verduras	n	%
Não gosto muito de legumes e verduras	12	41,4
Verduras e legumes são difíceis de comprar	1	3,4
Verduras e legumes são difíceis de comer fora de casa	5	17,2
Verduras e legumes são caros	2	6,9
Verduras e legumes são difíceis de preparar	2	6,9
Não tenho o costume	7	24,1

Os indivíduos do sexo feminino, estão também em sua maioria na faixa de IMC de sobrepeso e obesidade, apesar de menor percentual se comparado ao sexo masculino em valores gerais. O IMC entre os gêneros não apresenta uma diferença estatística significativa ( $p=0,42$ ), apesar de valores inadequados de CC aparecerem entre todas as classificações do IMC, com maiores percentuais entre a mulheres com sobrepeso e obesidade, representando o risco metabólico elevado (40% e 20%) e muito elevado (12,5% e 87,5%) (Tabela 3). De modo geral, ao observar os resultados, nota-se que a população estudada apresenta uma elevada prevalência de excesso de peso (sobrepeso e obesidade), 78% dos homens e 65,4% das mulheres. O consumo de frituras, refrigerantes, sanduíches e aperitivos fazem parte diariamente da dieta alimentar da população brasileira, e na maior parte dessas refeições a qualidade nutricional é inadequada, proporcionando, assim, um ambiente de risco para desenvolvimento da obesidade e DCNT (Bezerra; Sichieri, 2010). A tabela 4 representa o consumo de frituras e doces e a prática de atividade física relatada pelos participantes. Em relação ao consumo de frituras, 76,2% que relataram consumir quatro ou mais vezes estão com sobrepeso e obesidade e 67,8% que relataram consumir doces quatro ou mais vezes por semana também estão com sobrepeso e obesidade. Observou-se que 71,0% dos indivíduos que não praticam atividade física com regularidade, estão com excesso de peso (sobrepeso e obesidade). A tabela 5 mostra a relação entre a frequência de consumo de FLV e os dados antropométricos, demográficos e de estilo de vida da população estudada. Foi possível observar que há associação significativa entre o consumo e o não consumo de frutas, legumes e verduras (FLV) com a idade. A tabela apresenta um valor de amostra inferior ao total de participantes, pois só foram incluídos para essa análise aqueles que responderam consumir FLV, pelo menos 5 vezes na semana, ou que responderam não consumir FLV, sendo excluídos dessa análise aqueles que responderam consumir somente um dos grupos de alimentos. A tabela 6 apresenta os motivos pelos quais os participantes não consomem frutas e legumes. A maior parte do resultado é evidenciado pela falta de costume de comer e de gosto por FLV, chegando a 63,8% dos pesquisados respondentes para frutas e 65,5% para legumes e verduras.

## DISCUSSÃO

A ideia do projeto de pesquisa surgiu com a observação de professores e estudantes de nutrição, sobre a prevalência da obesidade e sobrepeso da população e o quanto essa perspectiva teria impacto no ambiente de trabalho da instituição estudada. A obesidade é definida pela OMS como uma condição crônica, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura, que traz repercussões à saúde. Categorizada pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), na sua 10ª revisão, no item de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (WHO, 1995). Sendo uma desordem com múltiplas causas, a influência do genótipo na etiologia destas desordens pode ser atenuada ou exacerbada por fatores não genéticos, como o ambiente externo e interações psicossociais, fatores sociológicos, culturais e ambientais (NIH, 2000). É um fator de risco associado ao quadro de subnutrição, pois está relacionado a uma nutrição inadequada e frequentemente resulta em distúrbios metabólicos nutricionais que favorecem o aparecimento das DCNT, além de transtornos psicológicos (Jebb, 1997). A subnutrição, é caracterizada por uma má nutrição, baseada em uma alimentação insuficiente, pouco nutritiva em termos de qualidade e não necessariamente de quantidade. Um desequilíbrio alimentar, que não fornece o que uma pessoa precisa para se manter saudável e ter um bom desenvolvimento da saúde (Mahan et al., 2012). Essa alimentação deficiente ocorre numa dieta baseada no consumo excessivo de alimentos refinados, com menor teor de fibras, caracterizados por rápida absorção e alta densidade calórica, alimentos que matam a fome, mas não suprem o organismo com nutrientes necessários ao bom funcionamento do corpo (Oliveira; Marchini, 2008). Nota-se essa realidade expressa no resultado da pesquisa, onde o excesso de peso expresso a partir do indicador IMC foi encontrado em 78% dos homens e 65,4% das mulheres avaliadas, sendo a proporção acima do peso maior que as do resultado do Vigitel 2018, onde diz que a frequência do excesso de peso é de 57,8% entre

os homens e 53,9% entre as mulheres no Brasil (Brasil, 2019). Esse fenômeno, conhecido como transição nutricional vem sendo descrito em todo território nacional, em todas as classes sociais e o presente estudo reforça esse conceito (Malta et al., 2017). O estilo de vida, os maus hábitos alimentares e a obesidade estão fortemente relacionados ao surgimento de DCNT e segundo a OMS, em 2001, representavam 46% das doenças a nível global, estando associadas a 60% das mortes no mundo (WHO, 2002). A DCNT têm impacto não só na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias, mas também na estrutura socioeconômica do país, pois impactam na suas atividades diárias, contribuindo para uma menor produtividade (Brasil, 2019). São consideradas as principais causas de morte no mundo. No Brasil, correspondem a 72% das causas de mortes (Martins, 2008). Outro aspecto identificado na pesquisa foi o consumo excessivo de frituras e doces, uma vez que entre os que consumiam frituras quatro vezes ou mais por semana são 76,2% dos indivíduos que estão com sobrepeso e obesidade, e os que consumiam doces quatro vezes ou mais por semana, são 67,8% dos indivíduos com sobrepeso e obesidade. Esse resultado corrobora com os dados da última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF/IBGE), a qual aponta que o aumento das despesas com bebidas e infusões, principalmente refrigerante aumentou, além do aumento das refeições feitas fora de casa (IBGE, 2019). Uma vez que se sabe que as refeições realizadas fora de casa estão relacionadas com maior consumo de energia, maior conteúdo de açúcar, sal e gordura, principalmente a saturada, além de menor ingestão de fibra, ferro, cálcio e vitaminas, quando comparado com refeições caseiras (Bandoni et al., 2013).

Além de que, o consumo de alimentos como frituras, refrigerantes, sanduíches e aperitivos fazem parte diariamente da dieta alimentar da população e na maior parte dessas refeições a qualidade nutricional é ruim, proporcionando assim um ambiente de risco para desenvolvimento da obesidade e DCNT (Galisa et al., 2016). Comer não está relacionado somente à nutrição, não é um aspecto de valor mensurável. Atende às necessidades fisiológicas, como também a aprendizagem, a sociabilidade, o prazer e a afetividade. Um dos aspectos mais importantes é o aprendizado sobre o alimento, a razão da sua escolha, pois perpetua o hábito alimentar e, isso, está fortemente influenciado pela sua educação (Bezerra, 2012). O papel do nutricionista como educador consiste em identificar problemas alimentares, planejar e executar ações para o processo de mudança do comportamento alimentar, objetivando e enfatizando o consumo de uma variedade de alimentos saudáveis e em porções adequadas (ADA, 2013), tem o Guia Alimentar para População Brasileira como parâmetro de suas recomendações e orientações sobre o que, onde e como comer. É um auxílio que ajuda a estabelecer os níveis das porções e da variedade, respeitando diferentes aspectos culturais das regiões e a realidade da população brasileira. Foi atualizado de acordo com o novo cenário epidemiológico que impacta as condições de saúde e nutrição da população, à fim de contribuir para prevenir doenças causadas por deficiência nutricional e reduzir as DCNT, além de reforçar a resistência orgânica por meio da alimentação saudável. Segundo o referido Guia, a população deve-se atentar para limitar o consumo de alimentos processados e evitar os ultraprocessados, priorizando o consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados, além de escolher o ambiente e um local apropriado para realizar as refeições de forma tranquila (Brasil, 2014b), orientações exploradas no atendimento aos participantes durante a pesquisa. A promoção da alimentação adequada e saudável, deve transcender os limites das unidades de saúde, inserindo-se nos demais âmbitos sociais como o ambiente de trabalho, por exemplo. Neste ambiente, a pessoa está suscetível a influências, sobretudo nas escolhas alimentares, uma vez que se relaciona com outras pessoas e se depara com outros hábitos, e mesmo com o excesso de informação sobre alimentação saudável há um diagnóstico de ignorância alimentar em toda população. Além disso, o ambiente de trabalho pela sua estrutura e grade de horários, apresenta barreiras naturais que dificultam o acesso ao consumo adequado de FLV pelos colaboradores (Bezerra, 2012).

A instituição de ensino estudada, disponibiliza vale refeição para seus funcionários adquirirem suas refeições fora do ambiente institucional, e não possui refeitório para realização das mesmas.

## CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou o perfil de saúde do trabalhador da instituição. Esse conhecimento possibilita desenvolver estratégias que melhorariam a qualidade de vida dos funcionários, promovendo ações que incentivem a importância de uma alimentação saudável e a modificação de estilos de vida de risco, que de tal forma favoreça a manutenção da saúde e a prevenção dos riscos de DCNT. Visando conquistar uma maior produtividade, reduzindo índice de absenteísmo e crescimento da atividade econômica da empresa, visto que funcionários com boa saúde terão melhor qualidade de vida e disposição para o exercício profissional. A promoção da alimentação saudável é uma prioridade para a segurança alimentar e nutricional da sociedade, e é fundamental que se implemente intervenções educativas sobre alimentação e nutrição e a educação nutricional tem um papel fundamental nesse aspecto, contribuindo para modificações dos hábitos alimentares de forma a esclarecer e incentivar hábitos de vida mais saudáveis, que favoreçam a criação de um ambiente promotor de saúde.

## REFERÊNCIAS

- American Diabetes Association. ADA. 2013. Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes. *Diabetes Care*.
- Araújo, MN; Costa-Souza, J; Trad, LAB. 2010. A alimentação do trabalhador no Brasil: um resgate da produção científica nacional. *História Ciências, Saúde – Maguinhos*, Rio de Janeiro.
- Bandoni, DH; Canella, DS; Levy, RB; Jaime, PC. 2013. Alimentação dentro ou fora do domicílio: Análise da qualidade da refeição segundo o local de refeição. *Rev. Nutr.*; Campinas.
- Bezerra, IN; Sichieri, R. 2010. Characteristics and spending on out-of-home eating in Brazil. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro.
- Bezerra, JAB. 2012. Educação alimentar e a constituição de trabalhadores fortes, robustos e produtivos: Análise da produção científica em nutrição no Brasil, 1934- 1941. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro.
- Brasil. Ministério da Saúde. 2014a. Caderno de Atenção Básica – 38, Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica Obesidade. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. 2014b. Guia Alimentar para a População Brasileira. 2ª Edição. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. 2011. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Não Transmissíveis (DCNT). Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. 2019. VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. 2013. Guia Alimentar, como ter uma Alimentação Saudável. Brasília.
- Dias, PC; Henriques, P; Anjos, LA; Burlandy, L. 2017. Obesidade e Políticas Públicas: Concepções e Estratégias adotadas pelo Governo Brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro.
- Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ. 2002. Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*.
- Galisa, M; Nunes, AP; Garcia, L; Chemin, S. 2016. Educação Alimentar e Nutricional, Da Teoria à Prática. Roca. São Paulo; 2016.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. 2019. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017 – 2018 – POF. Rio de Janeiro.
- Jebb, SA. 1997. Aetiology of obesity. *British Medical Bulletin*, Londres.
- Lock, K; Pomerleau, J; Causer, L; Altmann, DR; McKee, M. 2005. The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. *Bull World Health Organ*; 83:100-8.
- Lohman, TG. 1988. Anthropometric Standardization Reference Manual. Champaign, Illinois: Human Kinetics, p. 28-80.
- Mahan, S; Stump, S.; Raymond, J. 2012. Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 13ª Edição. Elsevier. Rio de Janeiro.
- Malta, DC; Felisbino-Mendes, MS; Machado, IE; Passos, VMA; Abreu, DMX; Ishitani, LH; et al. 2017. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, *Rev Bras Epidemiol*.
- Martins, C. 2008. Avaliação do estado Nutricional e Diagnóstico. Curitiba: Nutroclínica.
- Moreira, PRS; Rocha, NP; Milagres, LC; Novaes, JF. 2015. Análise crítica da qualidade da dieta da população brasileira segundo o Índice de alimentação saudável: uma revisão sistemática. UFV. Minas Gerais.
- National Institutes of Health. NIH. 2000. The practical guide identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. Bethesda, MD.
- Oliveira, JED; Marchini, JS. 2008. Ciências Nutricionais, Aprendendo a Aprender. 2ª edição. Sarvier. São Paulo.
- Trecco, S. 2016. Guia Prático de Educação Nutricional. São Paulo. Manole.
- Wier, MF; Ariens, GA; Dekkers, JC; Hendriksen, IJ; Pronk NP; Smid, T. 2006. Alife@Work: a randomised controlled trial of a distance counselling lifestyle programme for weight control among an overweight working population. *BMC Public Health*.
- Wang, J. et al. 2003. Comparison of waist circumferences measured at 4 sites. *Am J Clin Nutr.*, 77: 379-384.
- World Health Organization. WHO. 2014. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva.
- World Health Organization. WHO. 2003. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva.
- World Health Organization. WHO. 1995. Physical status the use and interpretation of anthropometrics. Report of a World Health Organization. Expert Committee.
- World Health Organization. WHO. 2002. Global strategy on diet, physical activity and health. Fifty-seventh world health assembly. Disponível em: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R17-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf).

\*\*\*\*\*